HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY

2, boulevard sully

78200 Mantes La Jolie

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité des soins à améliorer

Établissement certifié sous conditions

Validé par la HAS en Février 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2023

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Chapitre 1 : Le patient 10
Chapitre 2 : Les équipes de soins 12
Chapitre 3 : L'établissement 15
Table des Annexes 19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022 21
Annexe 3. Programme de visite 25

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers…

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

… et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé decide la certification sous conditions de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	
Adresse	2, boulevard sully 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Département / Région	Yvelines / Ile-de-france
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	780110011	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	2 bd sully 78201 Mantes La Jolie FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement,126 critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier François Quesnay de Mantes la Jolie, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce aux différents moyens de communication (entretien individuel, staff pluridisciplinaire…). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. En fin de compte, le patient bénéficie d'actions construites toutes au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie grâce à des informations claires et adaptées qui renforcent sa capacité d'action pour sa santé comme l'information sur des recommandations de suivi de traitements médicamenteux en prévision de sa sortie, comme en témoigne l'organisation de l'information et de l'accompagnement du patient au sein des parcours patients comme celui de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux, ou celui de la prise en charge des Infarctus Du Myocarde. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance qu'il a pu désigner, les proches et/ou les aidants à prévenir, peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins comme en témoigne l'organisation de l'information et de l'accompagnement du patient en USLD et en SSR. La présence des proches, quand la situation le nécessite, est favorisée et plus particulièrement dans les secteurs de pédiatrie, de néonatologie ou au bloc opératoire pour les interventions de chirurgie pédiatrique. Le patient est toujours informé des dispositifs médicaux implantables, qui lui sont posés, en chirurgie ambulatoire il reçoit systématiquement les informations spécifiques à cette prise en charge. En maternité, les parturientes déclarent que dès le début de la grossesse, un projet de naissance a été élaboré avec les parents. En secteur de pédiatrie et de pédopsychiatrie l'avis de l'enfant sur son projet de soins est recherché. De façon générale et plus particulièrement, en secteur de SSR, d'USLD ou d'oncologie en situation de fin vie, le patient peut aisément décider d'avoir recours à des soins palliatifs. En oncologie les patients bénéficient d'un parcours organisé avec notamment un diagnostic d'annonce et un suivi de son programme de soins. L'organisation des RCP est conforme. Les patients connaissent les représentants des usagers, les modalités pour les joindre et leur droit à pouvoir déposer une réclamation grâce à un livret d'accueil qui leurs est présenté et qui reprend ces éléments et grâce à un affichage systématique dans les services. Enfin, en psychiatrie, les patients reçoivent la totalité de l'information attendue lors d'une décision de soin sans consentement et plus particulièrement l'information médicale ayant conduit à la décision. Néanmoins, le patient n'est pas systématiquement informé sur son droit à rédiger des directives anticipées mais cela est dû au fait que les équipes médicales recherchent le bon moment pour la mise en œuvre de cette information d'un point de vue éthique alors que l'information est présente dans le livret d'accueil et également diffusée par un triptyque mis à disposition dans les services. De plus, le patient ne connaît pas toujours les produits sanguins labiles qui lui sont administrés, cependant le circuit d'information lors d'une transfusion est conforme aux attendus.

L'architecture de l'établissement, l'organisation des soins et les pratiques garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations le concernant au cours de sa prise en charge dans la quasi-totalité des secteurs d'activité de l'institution. Par ailleurs, le patient mineur bénéficie le plus souvent d'un environnement adapté avec une filière d'urgence médicale spécifique organisée, un circuit spécifique performant de prise en charge au bloc opératoire et des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie présentant une prise en charge centrée sur la maîtrise des risques et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent ou l'accompagnement scolaire et éducatif reste une priorité.

Cependant, au sein du service des urgences adultes, les locaux ne garantissent pas le respect de la dignité et

de l’intimité des patients adultes et enfants pour la traumatologie où l’enfant ne bénéficie pas d’un environnement adapté. Les locaux des urgences ne permettent pas d'organiser de façon optimale les flux de patients, en effet, un circuit court et un circuit allongé ne sont pas identifiés alors que les personnes âgées peuvent atteindre jusqu’à 10h pour être admises en service d’hospitalisation. Le CHFQ dispose d’un circuit allongé et d’un circuit court pour les patients légers se présentant pour une consultation de médecine générale ou de petite traumatologie. Un circuit court est réalisé par le médecin du SMUR ou le médecin régulateur lorsqu’ils sont disponibles. Face à cette situation, l’établissement a été réactif et a présenté un plan d’actions immédiat avec des actions correctives efficaces.

Dans le cadre du schéma directeur immobilier de l'établissement un programme de reconstruction du service d'accueil et des urgences est en cours, le programme fonctionnel vient d'être arrêté et un concours d'architecte va être lancé. Cette opération bénéficie d'une aide dans le cadre du programme Ségur de l'investissement. Le nouveau bâtiment devrait entrer en fonctionnement au début de l'année 2026. Dans l'attente de la nouvelle construction, un programme transitoire de travaux de réhabilitation du service et d'amélioration des flux est prévu en 2023. Par ailleurs, les professionnels des urgences veillent à garantir dans leurs pratiques le respect de l’intimité et de la dignité des patients et ce conformément aux recommandations de la commission des usagers centrées sur le respect de la dignité et de l’intimité des patients. Le CHFQ a aménagé une salle aux urgences adultes pour favoriser l’accueil des jeunes patients et que des professionnels des urgences ont été formés à la prise en charge des mineurs, et seront en sorte formés en 2023 à la prise en charge réanimatoire de l’enfant. Le patient bénéficie le plus souvent de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. Cependant, en secteur de pédopsychiatrie et plus particulièrement en HDJ, la traçabilité de l’évaluation de la douleur n’est pas retrouvée alors que le Comité de Lutte contre la Douleur Soins Palliatifs de l’établissement a beaucoup travaillé sur la thématique de la douleur en pédiatrie et en pédopsychiatrie en collaboration avec le pôle et la chef de pôle. Les observations des experts-visiteurs ont conduit l'établissement à élaborer une politique de prise en charge de la douleur efficace visant cette population accompagnée d'une grille d'évaluation avec une mise en œuvre immédiate. Ce qui dénote de la réactivité et de la dynamique qualité de l'établissement.

Le recours à la contention mécanique relève d’une décision médicale y compris en psychiatrie ou les décisions des isolements sont aussi réévaluées conformément à la réglementation. Au sein des secteurs et plus particulièrement en service de gériatrie, le patient âgé dépendant ou porteur d’un handicap bénéficie d’une prise en charge qui vise à maintenir son autonomie et son lien social grâce à des programme d’activité répondant à leurs besoins. Enfin en cette période de tensions sur l’activité, sur la capacité en lits et sur les effectifs, l’accompagnement du patient est toujours optimal.

Les patients en situation de précarité sociale et d’handicap sont particulièrement bien dépistés et accompagnés grâce à l’action en transversale des assistantes sociales en complémentarité de l’action de l’équipe pluridisciplinaire. Un accompagnement spécifique sur l’inclusion sociale du patient psychiatrique est assurée grâce à une démarche de réhabilitation psycho-sociale intégrée au projet de prise en charge du patient. De plus, les conditions de vie habituelles du patient sont intégrées à son projet de soins pour préparer sa sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe, afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et présente une réflexion bénéfice risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier patient. La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est systématique. La traçabilité par les équipes de la pertinence de la prescription et de la réévaluation des antibiotiques, ou celle de la prescription des produits sanguins labiles est toujours retrouvée. Le dossier transfusionnel est d'ailleurs conforme, mais les équipes n'analysent pas toujours la pertinence des prescriptions des transfusions sanguines. En fin de compte, le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires comme en secteur de soins de suite et réadaptation, où la pertinence de l'admission est réévaluée. En secteur de psychiatrie la traçabilité de la réévaluation de la pertinence des mesures de restriction de liberté comme la décision /prescription de mise en chambre d'isolement, est conforme. Pour finir, la pertinence des parcours est systématiquement argumentée quel que soit le parcours conformément aux référentiels de bonnes pratiques.

De façon globale, les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile dans la quasi-totalité des secteurs d'hospitalisation excepté en psychiatrie où le dossier est papier, et où chaque secteur de prise en charge à son propre dossier pour le même patient, cependant, l'informatisation de ce dernier est prévue en septembre 2022. Au niveau du SMUR, le dossier préhospitalier permet de sécuriser la poursuite de la prise en charge aux urgences, où les équipes ne connaissent pas en temps réel la disponibilité des lits d'hospitalisation à ce jour mais l'établissement a obtenu le financement par l'ARS d'un logiciel pour septembre 2022 qui permettra ce suivi dans le cadre d'un projet « zéro brancard ». Dans l'attente, le suivi de la gestion des lits est assuré quatre fois par jour.

Les équipes ont accès aux éléments des séjours hospitaliers précédents du patient au sein de l'établissement et bientôt au niveau du GHT. Le dossier du patient est alimenté par l'ensemble des professionnels ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins, notamment entre les équipes des secteurs interventionnels, et celles des secteurs d'hospitalisation. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre au bloc opératoire et sur les secteurs interventionnels où la check-list sécurité des patients est utilisée de manière efficace car une analyse de la réalisation de cette dernière au bloc est menée depuis plusieurs années avec élaboration d'un plan d'actions. La coordination des acteurs de la programmation de l'activité du bloc opératoire est en place. Cette coordination repose aussi en interne sur le réseau d'équipes de recours et d'expertise comme celui des soins palliatifs pour les patients en fin de vie, celui de la douleur chronique ou encore celui de l'oncologie, de la cardiologie et de la neurologie, ainsi qu'en externe avec les autres établissements du GHT Yvelines Nord, un établissement privé pour la chirurgie bariatrique et les médecins traitants des patients. Et cela même, si la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise à chaque usager à sa sortie et que le Dossier Médical Partagé n'est pas mis à jour, la passerelle du système d'information devrait être opérationnelle en septembre 2022 afin d'automatiser sa mise à jour. Le développement de la télésanté est quant à lui en marche. En psychiatrie, un examen somatique est effectué au niveau des urgences somatiques pour chaque entrée où la complémentarité entre les deux prises en charge est coordonnée pour l'unité psychiatrique « de crise et de négociation des soins ». Par la suite, les patients psychiatriques ont accès au plateau technique et à des consultations de généralistes en fonction des besoins.

Les équipes respectent les règles de l'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge du patient, qui dispose d'un bracelet d'identitovigilance durant toute son hospitalisation en secteur de Médecine, Chirurgie,

obstétrique. Les bonnes pratiques d'hygiène notamment l'hygiène des mains ainsi que les pratiques des précautions standards et complémentaires sont appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein des services d'hospitalisation : utilisation des solutions hydroalcooliques (indicateur suivi au niveau de chaque unité de soin), tenue professionnelle adaptée sans port de bijoux. Des audits de bonnes pratiques du lavage des mains sont conduits.
Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie notamment au bloc opératoire en per opératoire. De façon systématique, les équipes maitrisent le risque infectieux lié au matériel réutilisable, ou lors d'actes de soins comme les pansements, les sondages urinaires ou de pose de voies veineuses périphériques. En secteur d'endoscopie, toutes les bonnes pratiques de traitements des endoscopes et de traçabilité sont mises en œuvre par les équipes. Sur les plateaux techniques ou même l'unité de chirurgie ambulatoire où l'autorisation de sortie est systématiquement renseignée, les équipes maitrisent les bonnes pratiques spécifiques à ces secteurs. En maternité les équipes mettent en œuvre les pratiques attendues pour maitriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat.
Des critères de sévérité sont dépistés, évalués et maitrisés par les équipes comme la dénutrition, l'incontinence urinaire, la confusion selon une organisation institutionnelle formalisée, reposant sur une approche pluridisciplinaire. Les professionnels évaluent cliniquement ces critères et les notifient dans le dossier du patient. Cependant, en psychiatrie la prévention du risque suicidaire effectuée ne repose pas sur un dispositif formalisé connu de tous, néanmoins l'équipe du pôle a identifié ce point et travaille sur la mise en place rapide d'une échelle commune qui permettra de réévaluer le risque qui devrait aboutir avant la fin 2022 à la formalisation d'une procédure et à la création de documents associés intégrés dans le dossier patient. Depuis la visite, la démarche a abouti à la formalisation d'une procédure signée et à la création de documents associés dans le dossier patient. En revanche la prévention des récidives d'épisodes de violence est organisée, le secteur d'activité étant engagé dans la démarche de mise en place d'un plan de prévention partagé pour les patients concernés.
Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment celui de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus. Le transport en intra hospitalier des patients est organisé et fonctionne avec une équipe de brancardiers totalement professionnalisée.
Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont globalement bien mises en œuvre au sein de l'établissement, y compris sur la filière de chimiothérapie. Bien que les équipes aient été formée aux médicaments à risque au cours de formation dans les services (avec remise d'un tryptique) et pendant la semaine de la sécurité des patients, elles ne maitrisent pas totalement l'utilisation des médicaments à risques. Lors des évaluations, elles connaissaient la liste des médicaments à risque réactualisée à périodicité définie et validée par le COMEDIMS, liste généralisée qui n'a pas été adaptée aux spécificités des populations accueillies dans les secteurs d'hospitalisation. De plus, les professionnels ne se sont pas tous appropriés cette liste et ne connaissent pas les effets iatrogènes de tous les médicaments afin d'en informer le patient. La formation n'est pas homogène et l'équipe de la pharmacie a prévu un renforcement de cet axe de formation par la réalisation et la diffusion de flyer de l'OMEDIT sur les médicaments à risques et les never events et par la réalisation d'audit sur le médicament à risque. Ces médicaments sont quant à eux bien identifiés dans les armoires de rangement. Les modalités d'approvisionnement et de transports sont adaptées, y compris en extra hospitalier. L'analyse pharmaceutique est en place. Enfin, la conciliation médicamenteuse est amorcée.
Les risques liés aux rayonnements ionisants sont quant à eux aussi maitrisés par les équipes.
Des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées en routine et intègrent notamment : les résultats des audits cliniques sur l'antibioprophylaxie au bloc opératoire pour toutes les spécialités, l'audit sur la complétude du dossier au SMUR, ou sur la tenue de dossier patient en cardiologie. Néanmoins, l'évaluation des pratiques professionnelles par les équipes au regard des résultats cliniques liés aux spécificités des patients hospitalisés au sein des unités, n'est pas toujours retrouvée au niveau des secteurs d'activité même si une organisation de CREX par discipline est en place. En effet, les équipes ne peuvent pas toujours présenter

leur démarche d’évaluation concernant les parcours spécifiques alors que lors des rencontres des équipes pour les investigations sur les parcours des éléments d’analyse de pertinence clinique sont abordés par les équipes médicales. Les revues de pertinence des soins peuvent donc être mobilisées à l’échelle des équipes qui ne disposent pas toujours d’indicateurs de pertinence formalisés. De ce fait, les équipes ne disposent pas toujours de programme d’actions spécifiques à l'évaluation des pratiques professionnelles et aux résultats cliniques y compris dans les secteurs de soins critiques comme l’USIC qui ne disposait pas d’un registre de refus des admissions. En revanche, les équipes formalisent des actions émanant de l’analyse de leurs indicateurs qualités et sécurité des soins comme le suivie de la prise en charge de la douleur, et mettent en place des actions émanant de l’évaluation de la satisfaction des patients et de l’expérience patient dans certains secteurs comme en Neurologie, en Maternité, en SSR, en Unité de Chirurgie Ambulatoire et au bloc opératoire. Néanmoins, elles ne connaissent pas systématiquement les recommandations établies par la Commission des Usagers de l’institution très investie et reconnue alors que la communication institutionnelle de ces recommandations aux équipes est organisée et dont l’établissement a prévu d’assurer le renforcement de ses recommandations. Enfin, de façon générale, les équipes disposent aussi d’actions d’amélioration résultant de l’analyse collective des événements indésirables liées aux soins au sein de leur unité grâce à l’action des CREX par discipline. Pour terminer, des actions d’améliorations de la qualité des examens biologiques et d’imagerie médicale sont menées grâce aux suivies de la pertinence des prescriptions et des délais de rendu des examens.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier François Quesnay de Mantes la Jolie (CHFQ), est un établissement de référence sur une zone d'attractivité étendue de 180 000 habitants où 80% de sa patientèle provient de Mantes La Jolie, Mantes La Ville et Limay et 8% du bassin de VERNON dans l'Eure. Ce territoire se caractérise par une faible densité médicale libérale, et une précarité de sa patientèle, l'établissement a donc une responsabilité populationnelle importante. Par ailleurs, le CHFQ dispose de la plupart des spécialités médicales et chirurgicales, psychiatriques, personnes âgées, SSR, urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétriques et d'un important plateau technique. L'établissement fait partie du GHT Yvelines Nord composé de 3 Hôpitaux généralistes en direction commune, un EPSM, et 5 EHPAD dont le Centre Hospitalier de Poissy Saint-Germain (CHIPS) est l'établissement support et où les trois hôpitaux généralistes sont en direction commune. Un programme pluriannuel d'investissement ambitieux est lancé depuis début 2022 avec pour objectif prioritaire, inscrit dans le programme Ségur de l'investissement, la reconstruction des urgences, mais aussi la rénovation des infrastructures techniques et logistiques du bâtiment principal, celle des installations électriques et des groupes électrogènes, celle des installations de froid en cuisine centrale, et la rénovation des équipements de restauration.

L'établissement participe activement aux projets territoriaux des parcours de prise en charge en filière de soins organisée au sein du GHT, où le projet médical partagé du GHT en plein remaniement est le projet médical de la direction commune et du GHT et par conséquent celui de chacun des établissements membres de la direction commune. Les orientations stratégiques sont donc définies au niveau de la direction commune et du GHT. Les directions sont organisées en direction commune et les pôles cliniques ont pour ambition de s'organiser en ce sens, le premier né étant le pôle inter-établissement de médecine d'urgence. A ce jour, 39 filières de soins sont en place au sein du GHT. Un nombre important de conventions lie l'établissement à des partenaires médicaux sociaux du territoire afin d'assurer la fluidité des parcours en amont de ses prises en charge. Des modalités de communication notamment téléphoniques permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services aisément. Un COPIL Ville-hôpital a été créé en partenariat avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé du GHT Yvelines Nord. Une messagerie sécurisée ad-hoc est sur le point d'être déployée par l'institution pour fluidifier les échanges et améliorer la communication. Par ailleurs, le CHFQ participe aussi à la mise en œuvre de la feuille de route du Projet Territoriale de Santé Mentale pilotée par le Centre Hospitalier Spécialisé en santé mentale Théophile Roussel membre du GHT. Un des axes prioritaires de la feuille de route vise à pérenniser les modalités de collaboration entre la médecine de ville et les services ambulatoires de psychiatrie déjà en place au niveau du CHFQ, où la chef de pôle, du pôle de psychiatrie co-préside le pilotage du PTMS.

Le projet d'établissement commun, en cours d'élaboration du CHFQ définit dans ses orientations stratégiques des parcours patients en totale cohérence avec son territoire. La coordination des parcours sur le territoire est donc assurée. Le maillage organisationnel avec le réseau ville Hôpital, et plus particulièrement avec les établissements du GHT Yvelines Nord, le groupe hospitalier de l'APHP dont le CHFQ et le CHIPS dépendent et des établissements privés se consolide. Le CHFQ dispose de filière de recours avec son établissement support pour des spécialités comme la coronarographie ou la cancérologie, et disposera bientôt d'un service autorisé dans le cadre de la thrombectomie. En urgence, des modalités de prise en charge rapides sont organisées notamment pour l'Unité de Soins Intensif de Cardiologie (USIC), la cancérologie, l'obstétrique.

Cependant, l'établissement ne dispose pas d'une organisation qui permet de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences, la Commission Des Soins Non Programmés est relancée, et a pour priorité de réguler ces passages inévitables en lien avec les secteurs d'hospitalisation. Dans le cadre du pacte

de refondation des urgences, la filière gériatrie a proposé de renforcer la plateforme Ville - hôpital -Ville du GHT Yvelines nord, par la création d'une cellule de coordination spécifique aux chemins cliniques des personnes âgées. Ce service prendra la forme d'un guichet unique de conseil et d'orientation pour les professionnels de santé de la ville, afin d'orienter au mieux les personnes âgées vers les dispositifs de prise en charge les plus pertinents. Enfin, la gouvernance soutient fortement la recherche clinique dans le cadre du programme de la direction commune., ce qui favorise l'innovation thérapeutique pour les patients.
La prise en compte de l'engagement patient est intégrée au projet d'établissement au sein duquel on retrouve un véritable projet des usagers. Des initiatives visant à mobiliser l'expertise, l'expérience des patients sont portées par la gouvernance. La Commission Des Usagers (CDU) fonctionne, la gestion des plaintes est organisée, et la démarche d'accès du patient à son dossier est en place. Les représentants des usagers, très investis, sont intégrés et impliqués dans la démarche qualité gestion des risques, et participent à la démarche « patients traceurs », aux commissions qualité gestion des risques et à la réalisation de certaines Revues de Morbi-Mortalité. Les soignants font référence aux programmes de la CDU et connaissent les plaintes de leur secteur d'activité ce qui témoigne de la dynamique institutionnelle. La satisfaction des patients est évaluée via des questionnaires spécifiques par spécialité et par l'enquête annuelle e-satis dont les résultats sont affichés. Les valeurs de bientraitance présentes parmi les axes stratégiques de l'établissement sont intégrées aux pratiques soignantes ce qui prévient la maltraitance ordinaire. De façon générale, l'engagement patient individuel et collectif est fortement impulsé par la gouvernance comme en témoignent les équipes lors des entretiens professionnels. Quelle que soit la population prise en charge, les services de soins y compris les urgences favorisent l'accès aux soins des personnes vulnérables et précaires. L'établissement est accessible à de nombreux handicaps. Pour favoriser l'accès, des travaux ont été réalisés récemment sur les parkings pour favoriser les cheminements piétons, mettre à disposition des places pour les personnes à mobilité réduite, ou encore pour améliorer l'éclairage. Pour les patients présentant un handicap auditif, les ascenseurs sont équipés d'une commande vocale et pour les patients présentant un handicap visuel, l'établissement dispose de rampes, de mains courantes et d'un marquage au sol pour orienter les usagers. Cependant, l'accessibilité pour les personnes en situation de tout type de handicap n'est pas toujours opérationnelle pour tous les handicaps comme pour le handicap visuel ou auditif.
La position de leadership de la gouvernance est affichée dans les orientations stratégiques et dans le projet qualité gestion des risques, et se traduit dans ses modes d'organisation managériale où au niveau de la direction commune, on retrouve une direction qualité commune et au niveau de l'établissement une direction dédiée. Chaque pôle est managé par un binôme médecin responsable/cadre qui dispose de référents qualité pour mettre en place la politique. Cette position de leadership de la gouvernance est largement exprimée par les équipes. La gouvernance qualité gestion des risques au sein de l'établissement est pilotée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en lien avec la direction qualité de l'établissement, la CSIRMT, la CDU et la direction qualité de la direction commune. Annuellement, le Comité de Management de la Qualité et Sécurité des Soins valide les orientations et la coordination des vigilances se réunit à périodicité définie. La direction qualité organise une cellule collégiale d'analyse des événements indésirables hebdomadaire sous la houlette de la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins. Chaque spécialité dispose d'un CREX/RMM opérationnel. La politique se décline au sein d'un Programme d'Assurance Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) fortement soutenu par la CME et les commissions telles que le Comité de Lutte contre la Douleur et des Soins Palliatifs (CLUD-SP), le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Conseil de Bloc, le Comité de l'Identito-Vigilance (CIV). Le programme qui est décliné sur le terrain en actions concrètes est connu des équipes soignantes de façon générale et ces dernières participent aux activités transversales de la démarche qualité. Les indicateurs qualités (suivi de la douleur, présence de la lettre de liaison à la sortie…) sont analysés et communiqués aux équipes et font l'objet de revues régulières conduisant à l'élaboration d'actions correctives au regard de ses résultats. Par ailleurs, l'équipe qualité organise les modes de communication pour le passage d'informations et les cadres de service ont pour mission d'informer les équipes des projets qualité et des actions prévues. La

déclaration et l'analyse des événements indésirables graves sont organisées. Un Comité de Retour sur Expérience Transversal (CREX) est en place, il analyse tous les événements sauf pour les erreurs médicamenteuses qui disposent d'un CREX spécifique coordonnée par la Responsable du Management Qualité Gestion des Risques du Circuit du Médicament. Les plans d'actions décidés sont communiqués aux équipes et sont suivis par le service qualité et les professionnels en charge des actions d'amélioration, cependant la construction du plan d'action n'est pas toujours effectuée par les équipes elle-même. De même, l'analyse de la pertinence des admissions et des séjours sur la base de recommandations de bonnes pratiques est souvent mise en œuvre au niveau des unités de soins et l'organisation en aval des urgences permet une fluidité des parcours en toute sécurité. La gouvernance amorce la promotion de l'accréditation individuelle et collective des médecins car à ce jour aucun médecin n'est accrédité au sein de l'établissement, mais l'équipe médicale de la filière neurologique de prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux a décidé d'entrer dans une démarche d'accréditation d'équipe. Pour finir, la dynamique de soutient de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance diffuse au niveau de l'établissement grâce à des actions comme "le lundi de la qualité" où la gouvernance va à la rencontre des équipes, même si l'évaluation de cette culture n'est pas menée dans tous les secteurs d'activité. Le plan blanc est opérationnel et intègre bien un volet NRBC. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires particulières repose sur une cellule de crise totalement opérationnelle après les phases successives de la pandémie du COVID. Elle est composée de la gouvernance et de représentants de tous les pôles. Le matériel nécessaire est mobilisable à tout moment et les ressources humaines sont coordonnées par la cellule en lien étroit avec la direction commune et les partenaires du territoire. L'établissement dispose d'un dispositif adapté de réouverture de lits dans certains secteurs d'activités si la situation le nécessite.

La sécurité des biens et des personnes est portée par un plan de sécurisation et de sureté adapté aux besoins de l'établissement. Le programme est suivi par un ingénieur responsable. La politique développement durable, portée par un directeur adjoint est arrêtée après un diagnostic, le plan d'actions est déployé et la direction commune et sur le point de recruter un conseil en transition énergétique. Le Centre Hospitalier François Quesnay a initié un projet de renouvellement du système automatisé de transport et de renouvellement des chariots rolls pour prévoir l'évacuation des DAOM-DASRI avec la publication d'un marché « renouvellement des rolls et chariots » publié en mai 2022. Par ailleurs, le circuit des déchets est régulièrement auditionné et les conclusions donnent lieu à des plans d'action. Pour autant, le matériel mis à disposition de certaines zones de stockage des déchets au niveau des services n'est pas toujours conforme. Enfin, les risques numériques sont maitrisés au sein de l'institution car les équipes connaissent les conduites à tenir en cas de cyber attaque et ont connaissance de l'obligation du changement de leur mot de passe à périodicité régulière.

De plus, la prise en charge des urgences vitales est adaptée et correspond aux attentes du référentiel dans toutes les structures et services de soins de l'établissement. Les professionnels rencontrés qui sont formés à périodicité définie connaissent le numéro d'appel unique en cas d'urgence vitale.

L'adéquation des ressources (compétences et temps de présence) est pilotée en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients. En effet afin de sécuriser les activités, des modalités organisationnelles adaptées sont prévues. Le travail en équipe est fortement soutenu par la gouvernance et des démarches collectives d'amélioration du travail commencent à voir le jour où la synchronisation du temps de présence des équipes pluridisciplinaires est développée. Les compétences individuelles sont régulièrement évaluées, la démarche d'entretien professionnelle est totalement déployée et un plan de formation est en place. De plus un programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences collectives est élaboré avec une amorce d'un plan de démarches de coaching individuel et un programme à venir de coaching collectif pour les cadres manageurs. Des séminaires de cadres sont d'ailleurs régulièrement organisés par la direction commune.

La politique Qualité de Vie au Travail est structurée et les professionnels témoignent être fortement impliqués dans la démarche et parlent d'actions comme celle de consultations bien-être qui sont mis à leur disposition. La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences irrigue celle sur la Qualité de Vie au Travail avec

comme axe la promotion du développement professionnel. L’établissement dispose de mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. En effet, un psychologue du travail à temps plein est à disposition des équipes pour d'éventuelles médiations. Enfin, la politique vaccinale est en place.
En conclusion, la Commission de certification attire particulièrement l’attention de l’établissement sur la nécessité de renforcer :
La formation / sensibilisation des professionnels aux médicaments à risques La préservation de l’intimité des patients et la prise en charge des patients mineurs au sein d’un environnement adapté aux urgences La prévention du risque suicidaire. L’accessibilité des locaux aux personnes porteuses de handicaps (handicap visuel ou auditif). L'analyse des pratiques cliniques par les équipes et la mise en œuvre d'actions d'amélioration L’information des patients sur certains de leurs droits A l’appui de ces éléments et de la globalité des résultats, la commission de certification prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera organisée pour réexaminer le niveau de qualité de l’établissement.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	780110011	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	2 bd sully 78201 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement principal	780000287	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY MANTES	2, boulevard sully 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement géographique	780825246	HOPITAL DE JOUR INTERSECTEUR 1	86 rte de mantes 78200 Buchelay FRANCE
Établissement géographique	780810164	HOPITAL DE JOUR SECTEUR 78 G 2	62 r st vincent 78200 Mantes-La-Jolie FRANCE
Établissement géographique	780820346	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE INTERSECTEUR 1	222 boulevard du marechal juin 78200 Mantes-La-Jolie
Établissement géographique	780809257	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE SECTEUR 78-G-2	64 bd du marechal juin 78200 Mantes-La-Jolie
Établissement géographique	780019550	CMP 78G01	222 boulevard du marechal juin 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement géographique	780804209	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE MANTES	Rue gounod 78200 MANTES LA JOLIE FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Oui
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,872
Nombre de passages aux urgences générales	53,312
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	19,618
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	1
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	217
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	40
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	33
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	3
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7,114
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	9
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	12
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	56

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	56
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	33
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	48
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	9,480
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	10,088
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	19,568
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable : endoscopie
6	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
9	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Tout l'établissement	

10	traceur		Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique SAMU-SMUR Soins critiques Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Représentants des usagers		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Audit système	Coordination territoriale		
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé SAMU-SMUR Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maternité Patient âgé Soins critiques Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

			Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de longue durée Urgences Hospitalisation complète	
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Programmé	
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
27	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Hospitalisation complète	
30	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences - SMUR
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
33	Audit système	Entretien Professionnel		

34	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Pas de situation particulière Programmé	
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	

			Programmé	
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire (bloc)
41	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport - Patient assis SSR > PLATEAU TECHNIQUE Plateau technique d'imagerie
42	Audit système	Entretien Professionnel		
43	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	

47	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Urgences Médecine Hospitalisation complète	
48	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
49	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	

52	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
53	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
54	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
55	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
56	Audit système	Leadership		
57	Audit système	Entretien Professionnel		
58	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
59	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
60	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne

		graves		
61	Audit système	Engagement patient		
62	Audit système	Entretien Professionnel		
63	Audit système	Dynamique d'amélioration		
64	Audit système	Maitrise des risques		
65	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
66	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
67	Patient traceur		Tout l'établissement Soins critiques Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
68	Audit système	Entretien Professionnel		
69	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de précarité Médecine	

			Programmé	

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Février 2023